

Classe :

## FICHE DE SANTE 2022-2023

NOM : ..... PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... Lieu de naissance : .....

SEXE : M/F Nationalité : .....

ADRESSE : .....  
.....

Code postal : ..... Localité : .....

*Vignette mutuelle  
à coller ici*

### EN CAS D'URGENCE

#### Personnes à contacter

1) Nom, prénom : ..... 2) Nom, prénom : .....  
Privé : ..... Privé : .....  
Bureau : ..... Bureau : .....  
Relation : ..... Relation : .....

Nom du pédiatre ou de son médecin traitant : .....

Téléphone : .....

### DONNEES MEDICALES

A ce jour : Poids : ..... Taille : .....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique ? OUI / NON Si oui, laquelle ?

.....  
.....

Prend-il un traitement pour cette maladie ? Si oui, lesquels et en quelle quantité ?

.....  
.....

A t-il été vacciné contre le tétanos ? OUI / NON Année : ..... Rappel : .....

Votre enfant peut-il participer sans inconvénient à des activités sportives et aux jeux adaptés à son âge ? OUI / NON Pourquoi ? .....

.....

Votre enfant est-il allergique à un médicament ou à un produit pharmaceutique ?

OUI / NON Si oui, lesquelles ?

.....

.....

Votre enfant a-t-il des allergies alimentaires strictes ou des intolérances alimentaires ?

OUI / NON Si oui, lesquelles ?

.....

.....

Votre enfant a-t-il des allergies respiratoires, animaux, etc.. ? OUI / NON Si oui, lesquelles ?

.....

.....

Votre enfant, a-t-il des problèmes cardiaques etc.. ? OUI / NON Si oui, lesquelles ?

.....

.....

Votre enfant, a-t-il subi des opérations ? OUI / NON Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

**Dans le cadre des mesures d'urgence.**

Dans le cadre de mesures d'urgence en cas de méningite dans l'école, je, soussigné(e) ..... responsable légal de ..... accepte/refuse que le médecin du service de la médecine scolaire prescrive et donne l'antibiotique préventif préconisé par la Communauté Française.

Date : .....

Signature parent 1 : ..... Signature parent 2 : .....

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

L'enfant vit-il avec ses deux parents : OUI / NON

Si non : mère/père/garde alternée, autres (à préciser) : .....

Nombres d'enfants dans la famille : ..... Rang dans la famille : .....

Veuillez indiquer tout changement dans la composition de ménage :

séparation/divorce-remariage/mise en ménage- naissance – décès

Ecole fréquentée lors de la dernière visite médicale, adresse et numéro de téléphone:

.....

Classe : .....

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? oui/non

Votre enfant porte-il un appareil auditif ? oui/non

Votre enfant porte-t-il un appareil dentaire ? oui/non

Votre enfant porte-t-il des semelles orthopédiques ? oui/non

Votre enfant a-t-il des problèmes de sommeil ? oui/non

Votre enfant a-t-il des problèmes cardio-vasculaires ? oui/non

Si oui, précisez : .....

En dehors de ce questionnaire, avez-vous quelque chose de particulier à signaler à propos de votre enfant qui nous aiderait à mieux le prendre en charge ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature parent 1 :..... Signature parent 2 : .....